様式

不妊治療と不育治療の両方を合算して申請される方の場合（記入例）

伊勢市不妊不育治療医療費助成金に係る医療機関等証明書

年度内申請ですので、治療期間の4月～翌年3月までの日付での記入をお願いします。
ただし、治療期間以降の日付にしてください。

年　　月　　日

医療機関等　在地
名称
代表者氏名
電話番号

※訂正のある場合
印を押し、訂正印を押印してください。

下記のとおり不妊不育治療を実施し、これに係る医療費（自己負担分）を領収したことを証明します。

記

医療機関等証明欄				
（ふりがな） 受診者氏名 生年月日	夫	年　月　日生（　歳）	妻	年　月　日生（　歳）
病名 （不妊症又は不育症の原因疾患名）	□ 不妊症の原因（　　） □ 不育症の原因			
年度における不妊不育治療に要した期間	☑ 不妊症（ R5 年4月 1日 から R5 年8月 31日まで） ☑ 不育症（ R5 年9月 15 日 から R5 年 12月 31日まで）			
不妊不育治療の内容	□ 一般不妊治療 □人工授精　□タイミング療法　□排卵誘発法　□検査・診察　□投薬 □その他（　　） □ 特定不妊治療（体外受精・顕微授精） □ 男性不妊治療 □ 不育治療（　　）			
不妊不育治療に要した医療費の	合計　450，000　円 ＜内訳＞ 外来診療分の不育症治療費（食事代、入院費及び文書料は、含まない。） 250，000　円 治療費を除く不妊不育治療の治療費（食事代及び入院費は、含まない。） 200，000　円			
特記事項				

年度内申請ですので、4月から翌年3月までの期間です。
不妊・不育の治療期間がそれぞれわかるように記載してください。

該当する箇所にレ点をつけてください。

内訳にそれぞれに要した医療費がわかるよう記載してください。

不妊不育治療に要した費用のみです。
検査、投薬、証明書料は含まれます。
食事代、室料は助成の対象となりません。
ご夫婦で治療している場合は、ご夫婦分の合算した金額を記入してください。
合計＝内訳1＋2になるよう記入してください。

◆対象外の治療が含まれている場合は、 日付・金額を記入してください。
例）4/1　500 円分除く
◆薬局分も証明に含む場合は、「〇〇薬局分含む」と記入してください。
◆証明書料を含む場合は、「証明書料（もしくは文書料）を含む」と記入してください。